介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る注意喚起について

１．事故事象及び再発防止策について

本年９月６日に、介護ベッド用手すりで外側に開いたグリップの内側に利用者の頭が入り、重傷を負う事故が発生しました。

事故の原因については現在、調査中ですが、当該製品は、平成４年から平成１２年までの間に、パラマウントベッド株式会社が製造したもので、グリップ部には縦が約１５ｃｍ、横が約３４ｃｍのすき間がある構造でした。

そのため、同社は不意の動作により頭や首、手足がすき間に入り込むことを防止するため、平成１３年１０月から当該製品のすき間を埋めるためのＴ字型の簡易部品を無償で配布していました。

しかしながら、事故が発生した施設では、同社からの数度の連絡及び直接の文書の手渡しにもかかわらず、すき間を埋めるための簡易部品の入手をしていませんでした。

パラマウントベッド株式会社が製造した介護ベッド用手すりでは、手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等が、消費生活用製品安全法の重大製品事故報告・公表制度の施行（平成１９年５月）から、これまでに７件（死亡２件、重傷５件(うち、本件事故と同様な内容の重傷事故１件を含む。)）発生しています。また、同社以外の製品を含む介護ベッド用手すり全体では、手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等が、これまでに計３７件（死亡１５件、重傷２２件）発生しています。

日本福祉用具・生活支援用具協会及び医療・介護ベッド安全普及協議会においては介護ベッド用手すり等による事故等についての注意喚起及び安全使用の情報の普及をチラシやホームページ等を使用して両会及び会員事業者共同で実施するとともに、全国の福祉用具貸与事業者、居宅介護支援事業所を通じて利用者に伝達する取組みを行っています。

事故事象

管理番号	A201000531
事故発生日	平成２２年９月６日
報告受理日	平成２２年９月２１日
機種・型式	ＫＡ－０８９
事業者名	パラマウントベッド株式会社
被害状況	重傷１名
事故発生都道府県	神奈川県

事故内容	施設で当該製品の外側に開いたグリップの内側に利用者の頭が入った状態で発見され、骨折と診断された。 事故の原因については現在、調査中であるが、当該製品は、平成４年から平成１２年までの間に、パラマウントベッド株式会社が製造したもので、グリップ部には縦が約１５ｃｍ、横が約３４ｃｍのすき間がある構造であった。そのため、同社は不意の動作により頭や手足がすき間に入り込むことを防止するため、平成１３年１０月から当該製品のすき間を埋めるためのＴ字型の簡易部品を無償で配布していた。製造事業者は無償配布の案内を当該施設に対して度々行っていたが、施設では簡易部品の入手を行っていなかった。 なお、当該製品は、製造・出荷時の日本工業規格（ＪＩＳ）に適合している。

（日本福祉用具・生活支援用具協会）
ホームページ：http://www.jaspa.gr.jp/news/080205.pdf

（医療・介護ベッド安全普及協議会）
ホームページ：http://http://www.bed-anzen.org/

２．消費者への注意喚起

介護ベッド用手すりにおいては、従来から、手すりの内側のすき間やベッドとの間に生じる外側のすき間に身体の一部を挟み込む等の重大な事故が発生しています。

介護ベッド用手すりは、製品の性質上、身体に関わる全ての挟み込みリスクをゼロにすることは困難な状況です。同様の製品の利用者及び利用者を介護する方は、取扱説明書安全使用マニュアル（医療・介護ベッド安全普及協議会編集）等に記載されている注意事項を今一度、確認して、挟み込みのリスクを認識し、正しく使用してください。

また、平成２１年３月に介護ベッドの日本工業規格（ＪＩＳ）が改正され、頭部や首の挟み込み事故を防ぐためのすき間の基準強化が図られています。安全のため、可能な限り改正されたＪＩＳに対応した製品を御使用ください。

特に、介護ベッド上で予測できない行動をとる可能性がある利用者や、自力で危ない状態から回避することができない利用者には、介護される方において、事業者の配布する簡易部品を入手されるなどすき間を埋めることで事故を防止するための工夫をしてください。

各製造事業者は、すき間を埋めるための部品を配布しています。すき間に頭部などが入り込むおそれのある製品を使用している場合は速やかに製造事業者に連絡し、簡易部品を入手した上で、必ず取付けて使用してください。その他、

製品の使用に際して、不具合や不安等がある場合には、製造事業者又販売事業者等に相談してください。

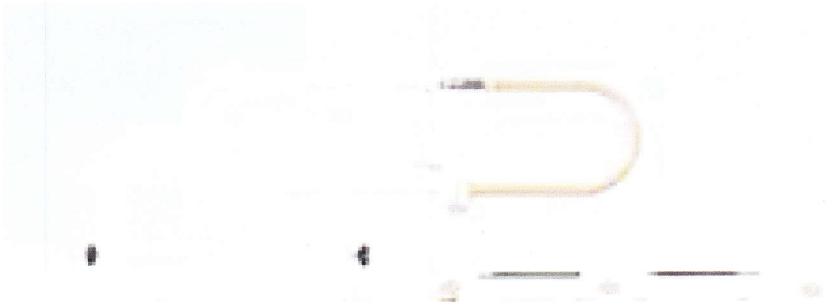
医療・介護ベッド安全普及協議会　会員企業

・シーホネンス株式会社
　電話　：　0120-20-1001
　ホームページ：　http://www.seahonence.co.jp/
・パラマウントベッド株式会社
　電話　：　0120-36-4803
　ホームページ：　http://www.paramount.co.jp/
・株式会社プラッツ
　電話　：　0120-77-3433
　ホームページ：　http://www.platz-ltd.co.jp/
・フランスベッド株式会社
　電話　：　0120-39-2824
　ホームページ：　http://www.francebed.co.jp/
・株式会社モルテン
　電話　：　03-3625-8510
　ホームページ：　http://www.molten.co.jp/health
・株式会社ランダルコーポレーション
　電話　：　048-475-3662
　ホームページ：　http://www.lundal.co.jp/

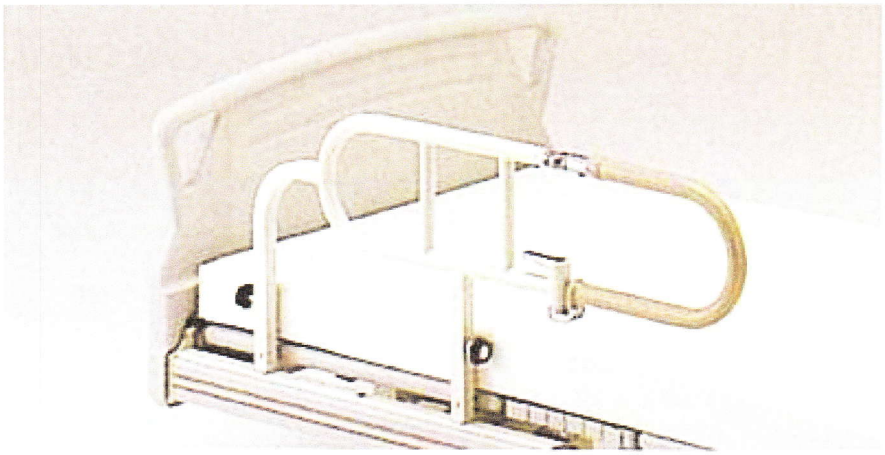
【本件に係る連絡先】
消費者庁消費者安全課　　担当：中嶋、服部
電話：03-3507-8800（大代表）　内線2266

介護ベッド用手すり（管理番号：A201000531）

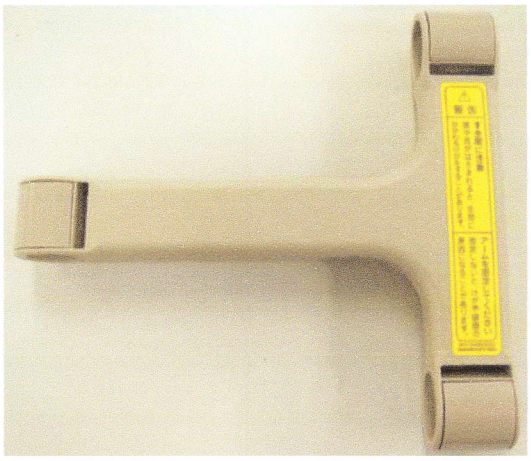
（製品本体）



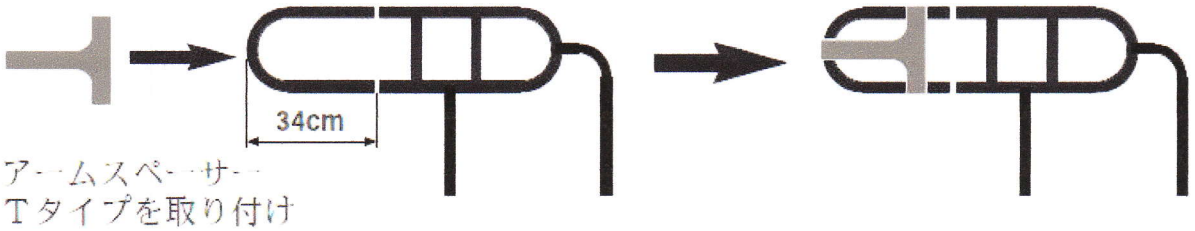
（ベッドへの取り付け図）



（すき間を埋めるためのＴ字型簡易部品）

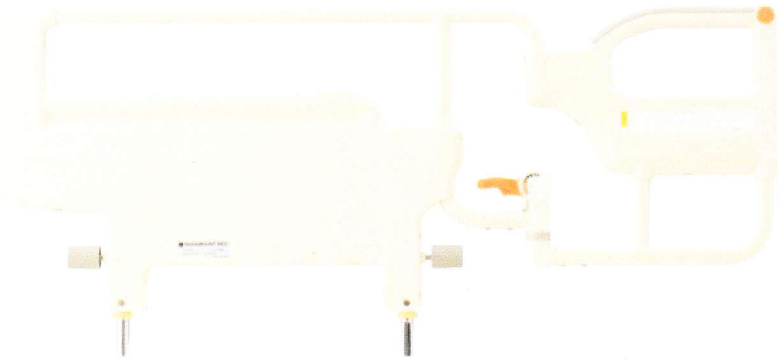


（簡易部品の装着後の図）



アームスペーサー
Ｔタイプを取り付け

（平成２１年のＪＩＳ規格改訂後の製品）



保存版

介護ベッド ここが危ない!!

あなたの介護ベッドに危険なすき間が潜んでいる?

ご注意!

誤使用や想定外の使い方により介護ベッドの事故が増加しています。

今すぐ確認と対策を!

発　行

医療・介護ベッド安全普及協議会

介護ベッドまわりの事故の現状

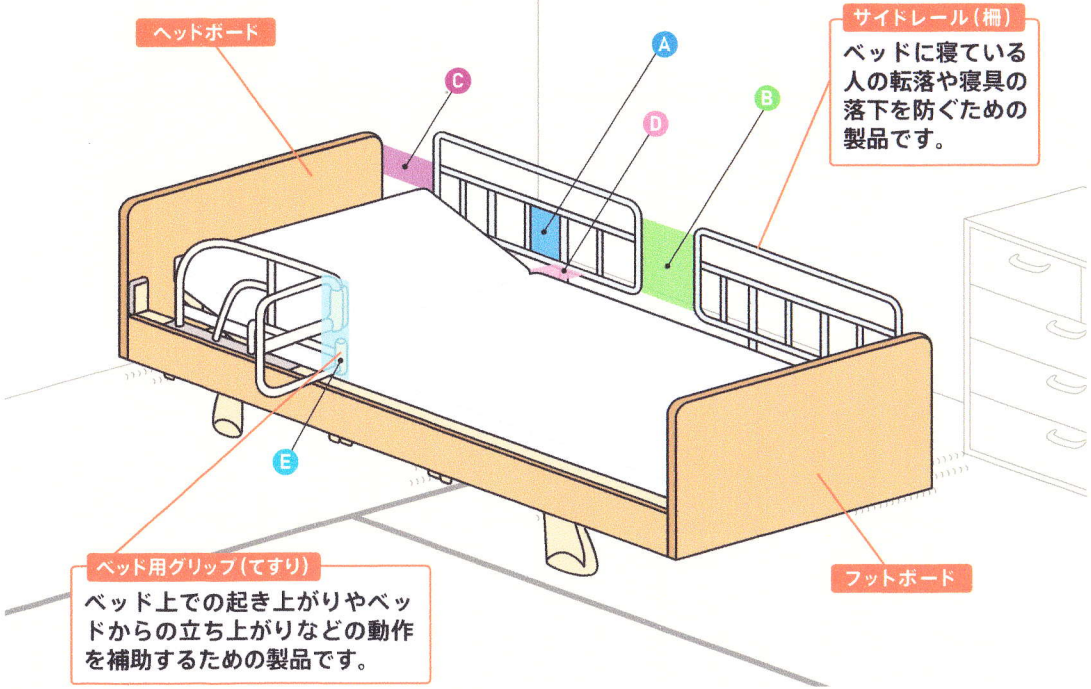
ここが危ない！

近年、介護ベッド関連の死亡・重傷事故が増えています。事故の多くは危険な部分があるかどうかの確認と正しい使い方によって未然に防ぐことができます。

サイドレール関連 36件

- A サイドレール内のすき間
- B サイドレールとサイドレールのすき間
- C サイドレールとボードのすき間
- D サイドレールとマットのすき間
- E ベッド用グリップの固定レバー

など



■2007年5月14日～2010年8月31日集計
消費生活用製品安全法に基づく重大事故として報告されたもの
※重大事故：死亡、負傷または疾病であってこれらの治療に要する期間が30日以上等

■経済産業省による調査の結果、36件中22件が「製品に起因しない事故」と判断されています。

こんな事故が起きています

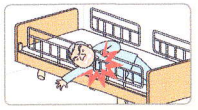
サイドレール・ベッド用グリップのすき間の事故

15件 サイドレールの中に頭、腕や足が入り重傷・死亡した。

■頭・首が入った
■腕が入った　■足が入った
■挟んだ状態で「起き上がろうとした」「体をねじった」

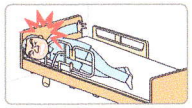
5件 サイドレールとサイドレールのすき間に首がはさまり重傷・死亡した。

■ベッドとサイドレールのメーカーが違う
■サイドレールとベッド（マットレス）のすき間



4件 サイドレールとボードのすき間に首がはさまり重傷・死亡した。

■ベッド用グリップを逆に取り付けていた。



3件 サイドレールとマットやベッドフレームの間にはさまり重傷をおった。

■90cm幅対応のベッドに83cm幅のマットを使用していた
■ベッドとサイドレールのメーカーが違う

ベッド用グリップの固定ノブ・レバー関連事故

3件 着衣がベッド用グリップの固定レバーにひっかかり窒息により死亡。

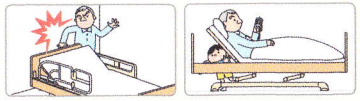
3件 首振りの固定レバーが外れ、転倒・骨折した。

■固定されておらず首振り部が急に動き、転倒・骨折した。

3件 その他

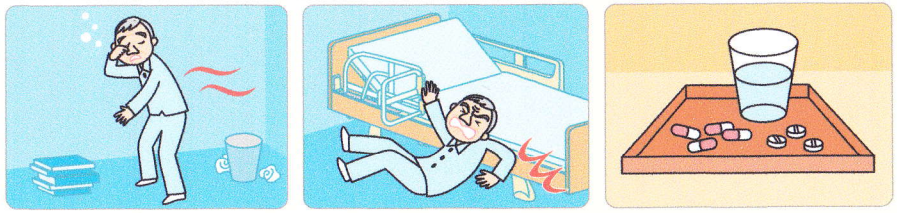
その他介護ベッドの事故

13件 ベッド本体と他の物とのすき間にはさまれた事故、ベッドのフレーム内にはさまれた事故。



事故多発時間帯　夜10時～朝8時

事故の多くは夜から朝に起きています。



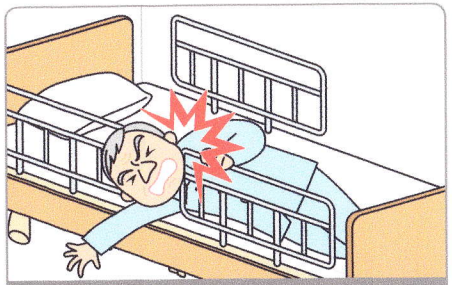
身体や意識がはっきりしていない時間帯にトイレに行こうとして、ベッドからの転落や移動中の転倒事故が多発しています。特に睡眠薬を服用している場合は身体状況が不安定になり転倒しやすくなります。（医師の指導を守って下さい）

あなたの注意で事故は未然に防げます。チェックリストで確認を!!

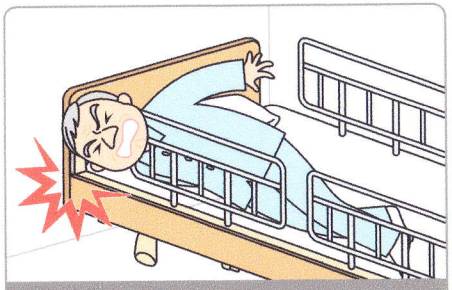
すき間 ☐ チェック①!

認知機能障害など予測できない行動をとる方や片マヒなどの障がいがある方は、特にサイドレールのすき間などに注意して下さい。

すき間に首が入り込む事故が多発しています。

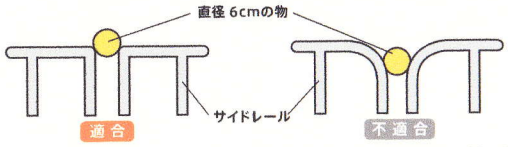


サイドレールとサイドレールのすき間



ボードとサイドレールのすき間

介護ベッドのJIS規格では、図のようにサイドレールとサイドレールのすき間に直径6cmの硬い円柱状の器具が入らないこととされています。

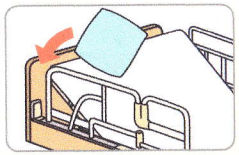


確認してみよう 安全確認スケールを当てて、直径6cmの物が入りそうなすき間がないか確認しましょう。

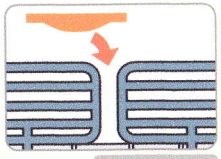
すき間があるときの解決策

■ヘッドボードとサイドレールのすき間をクッションなどを入れてうめましょう。

■スペーサーなどによりサイドレールとサイドレールの間にはさまらないようにしましょう。
※メーカーにより対応が異なります。
詳しくはメーカーにご確認下さい



クッションなど



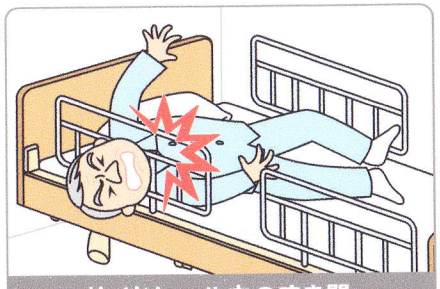
スペーサー

■危険なすき間がないサイドレールに交換しましょう。

安全確認スケール すき間確認にご利用ください。

12cm以上のすき間があると・・・・

サイドレールの中に頭が入り、窒息事故が発生しています。

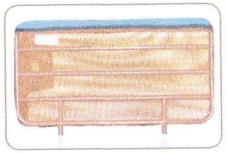


サイドレール内のすき間

確認してみよう

安全確認スケールを当てて、直径12cmの硬い物が入るすき間がないか計測しましょう。

すき間があるときの解決策



サイドレールカバー

ベッド用グリップカバー

をご利用ください。

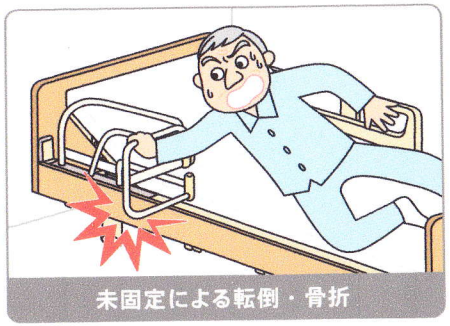
※メーカーにより対応が異なります。
詳しくはメーカーにご確認下さい

固定 ☐ チェック②!

ベッド用グリップの固定を確認していますか?

しっかり固定していないと・・・・

立ち上がるときに転倒し骨折する原因になります。



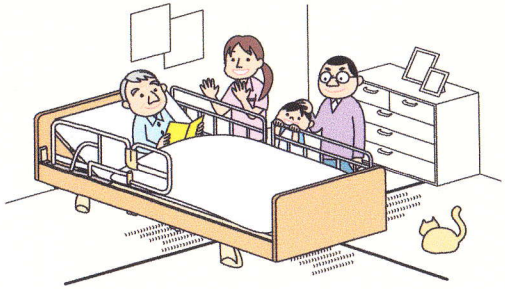
未固定による転倒・骨折

実際にやってみよう!

首振り機構の固定、ベッドへの固定は確実ですか?

その他 ☐ チェック③!

●取扱説明書をよく読んで正しく使いましょう。



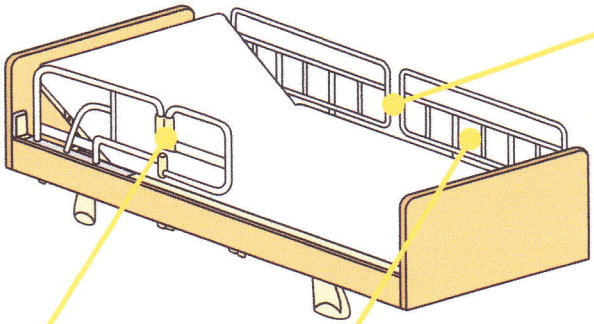
最新のベッドはどうなっているの？

JIS T9254:2009

【JISマーク表示例】

2009年3月に介護ベッドのJIS規格が改定され、サイドレールとサイドレールのすき間だけでなく、安全に関わる数十項目が厳しく規定されました。

代表例（JIS規格文を要約しています）



衣服が絡みつくような形状でないこと。

サイドレールとサイドレール、サイドレールとボードのすき間は直径6cmの物が入り込まないこと、もしくは23.5cm以上であること。

注１：詳しくは本パンフレット中面のチェック①をご覧下さい。

ベッド用グリップの開閉テストで1万回をクリアすること。

サイドレール内の空間は直径12cmの物が通らないこと。

ベッドとサイドレール、ベッド用グリップの適合する組み合わせを明確にすること。

最新のJISマーク付きのベッドでは事故は起きないの？

JISマーク付きの製品は、その製品が一定の品質や性能を確保していることを証明するものですが、使い方を誤ると重傷や死亡に至る事故は発生します。取扱説明書をよく読んで正しくお使い下さい。

医療・介護ベッド安全普及協議会とは

医療介護ベッドのメーカーにより2002年12月に設立されました。ベッドを安心して使用して頂くためのハンドブックやマニュアルを作成し、ホームページに掲載しております。

最新情報はこちらからご確認下さい

【ホームページ】 http://www.bed-anzen.org

【お問い合わせ先】 03-3648-5510

■ 協議会会員名簿（あいうえお順）

協議会会員名	お問い合わせ先	ホームページ
シーホネンス株式会社	0120-20-1001	http://www.seahonence.co.jp/
パラマウントベッド株式会社	0120-36-4803	http://www.paramount.co.jp/
株式会社プラッツ	0120-77-3433	http://www.platz-ltd.co.jp/
フランスベッド株式会社	0120-39-2824	http://www.francebed.co.jp/
株式会社モルテン	03-3625-8510	http://www.molten.co.jp/health
株式会社ランダルコーポレーション	048-475-3662	http://www.lundal.co.jp

お使いのベッドのお問い合わせは各メーカーへ！

発行年月 2010.09.24

介護ベッド用手すりの重大製品事故(平成19年5月14日～22年9月24日に受け付けた計37件)

	管理番号	事故発生日	製品名	死亡	重傷	事故内容	都道府県	原因究明結果 (原因不明及び製品に起因した事故の場合は、事業者名及び機種・型式を記載)	原因究明調査結果
1	A200700101	H19.5.10	介護ベッド用手すり	1	0	着衣がベッドの手すりの固定用ノブに引っかかり、頚部圧迫を起こし、窒息により死亡した。	兵庫県	原因不明として公表 事業者名: 株式会社プラッツ 機種・型式: PRZ－K900TAH	当該事故は、スイングアームを固定せずに使用した際に、固定ノブが着衣の首部分に引っかかることによって発生したものと推定される。固定ノブの形状は、球状であり引っかかる等による危険性は低いものと考えるが、事故発生時の被害者の状態及び行動が明らかでないため、原因の特定には至らなかった。
2	A200700615	H19.10.22	介護ベッド用手すり	0	1	使用者が当該製品を使用して、立ち上がろうとした際に、当該製品のすき間に腕が挟まり怪我を負った。	大阪府	製品に起因した事故 事業者名: フランスベッド株式会社 機種・型式: SE－07NHC	事故原因は、当該製品を掴んで立ち上がろうとしたが、踏ん張りがきかず、床へずり落ちてしまい事故に至ったと思われる。製品の性質上、すき間が発生するものであるが、挟み込みのリスクについての十分な周知等が望まれる。
3	A200700717	H19.11.4	介護ベッド用手すり	0	1	手すりに掴まりベッドから立ち上がろうとした際、固定されていたはずの手すりが動き、転倒し、肋骨にひびが入った。事故原因は、使用に伴うロックレバー部の摩耗と手すりに掴まることでロックレバーに負荷が掛かっていたことにより、固定されていたロックが解除されてしまい事故に至ったものと思われる。	東京都	製品に起因した事故 事業者名: パラマウントベッド株式会社 機種・型式: KA－095	事故原因は、使用に伴うロックレバー部の摩耗と手すりに掴まることでロックレバーに負荷が掛かっていたことにより、固定されていたロックが解除されてしまい事故に至ったものと思われる。
4	A200700861	H19.12.25	介護ベッド用手すり	1	0	当該製品のすき間で首を吊った状態で発見され、病院に運ばれたが死亡した。	愛知県	製品に起因した事故 事業者名: フランスベッド株式会社 機種・型式: SE－07	事故原因は、目撃者がおらず、事故の発生状況が不明であるものの、手すりのサイドレール部が製造時とは逆の方向で取り付けられていたことから、当該すき間が増大しており、事故に至ったと思われる。サイドレール部の逆方向の取り付けによる挟み込みの増大についての十分な周知等が望まれる。
5	A200700887	H20.1.21	介護ベッド用手すり	1	0	ベッドの手すりと手すりの間に、ベッドの外側から首が挟まった状態で発見され、病院に運ばれたが死亡した。	香川県	製品に起因した事故 事業者名: パラマウントベッド株式会社 機種・型式: KA－19及びKA－095	ベッドに戻る際に事故が発生したものと思われるが、目撃者がおらず、事故の発生状況の詳細が判らず、事故原因の特定には至らなかった。ベッドには複数の手すりを組み合わせて使用するため、製品の形状等により、手すりと手すりのすき間は千差万別であり、すき間をなくすことは不可能であり、すき間の挟み込みリスクについての十分な周知等が望まれる。
6	A200701000	H20.2.9	介護ベッド用手すり	1	0	寝間着の襟首の部分が当該製品のグリップ部に引っ掛かった状態で発見され、病院に搬送されたが死亡した。	島根県	製品に起因しないもの	調査の結果、自立歩行のできない使用者がベッドから起き上がろうとして、手すり側に倒れ込んでしまい、寝間着の襟の部分が手すりに引っかかったものと考えられ、製品に起因する事故でないと判断した。
7	A200701134	H20.2.17	介護ベッド用手すり	1	0	手すりと手すりの間に首が挟まった状態で発見され、死亡した。このように、介護ベッド用手すりにはすき間の挟み込み等のリスクがあることから、十分な周知等が望まれる。	広島県	製品に起因した事故 事業者名: パラマウントベッド株式会社 機種・型式: KA－16	事故原因は、手すりの角部には丸みがあり、2本の手すりのすき間は、上から下にかけて狭くなっていることから、首が入り込んで挟まってしまったと考えられる。当該品については、過去に同一事故があり、挟み込みを防止する安全対策として、2本の手すり上部を連結する簡易部品(樹脂製)を無料で配布していたが、事故時は簡易部品は使用されていなかったことから、構造上の問題はあるものの、取扱いにも問題があったと考えられる。
8	A200701156	H20.1.8	介護ベッド用手すり	1	0	施設において、ベッドの頭側のボードと当該製品のすき間に、首が挟まった状態で発見された。被害者が高さが低いフットボード側から昇降を行うのを防ぐためにベッドのヘッドボードとフットボードを逆に取り付けていた。	島根県	製品に起因しないもの	調査の結果、高さが低いフットボードが頭側に取り付けられていたことから、ボードと手すりの間に頭を乗せやすい状態になり、首が沈み込んだものと判断した。
9	A200701164	H20.2.28	介護ベッド用手すり	1	0	他社製のベッドの上に2枚重ねて敷かれたマットレスと当該製品のすき間に挟まった状態で発見された。	三重県	製品に起因しないもの	調査の結果、当該製品に破損、ゆがみ、異常は認められなかった。横幅の短いマットレスが使用されていたため、すき間が広くなっており、ベットからずり落ちた際に、当該製品の横桟とマットレスのすき間に入り、下側の横桟に胸部が引っかかったものと判断した。なお、事業者はベッドの柵のすき間に関する危険性について、医療・介護施設に対して注意喚起を行っている。

	管理番号	事故発生日	製品名	死亡	重傷	事故内容	都道府県	原因究明結果 （原因不明及び製品に起因した事故の場合は、事業者名及び機種・型式を記載）	原因究明調査結果
10	A200800074	H20.4.11	介護ベッド用手すり	1	0	ベッドの頭側ボードと当該製品の間に首部が入った状態で被害者が発見された。	兵庫県	製品に起因しないもの	調査の結果、 ○当該製品にぐらつき、変形等構造上の問題は認められなかったこと、 ○当該製品とベッドの頭側ボードのすき間は約52mmで、当時のJIST9254（在宅用電動介護用ベッド）のサイドレールの基準値を満たしていたこと、 から、 ●身体能力が低下していた使用者（要介護者）がボードに寄りかかっていたところ体勢を崩し、ボードと当該製品の間に首が入ってしまったものと推定。
11	A200800160	H20.4.16	介護ベッド用手すり	0	1	当該製品に掴まり、ベッドから立ち上がろうとした際、転倒し重傷を負った。	埼玉県	原因不明として公表 事業者名： パラマウントベッド株式会社 機種・型式： KA－095	調査の結果、ベッドに適切に固定された当該製品は、立ち上がるために当該製品に相当な荷重をかけた場合、荷重に応じた緩慢なアーム部の変位は確認されるものの、ぐらつきを生じさせるほどの急激な変位は認められなかった。また、アーム部へ荷重した場合、アーム部反対側の差し込み部が1cm程度持ち上がることが確認されたが、一度持ち上がるとその状態で維持されることが確認された。結論としては、わずかなアーム部の変位が転倒の原因であると特定するには至らなかったことから、製品に起因して生じた事故かどうか不明であると判断した。
12	A200800192	H20.3.30	介護ベッド用手すり	0	1	当該製品のスイングアーム部を持って立ち上がろうとした際、可動部のカバーが外れたため、驚いて転倒し重傷を負った。本体とスイングアームを連結しているボルトが破損していた。	兵庫県	製品に起因しないもの	調査の結果、締めすぎによりボルトが破損したものであった。ネジの十字穴がつぶれており、販売以後に締めすぎられ折損したもので、製品に起因する事故ではないと判断した。
13	A200800211	H20.5.25	介護ベッド用手すり	0	1	当該製品のスイングアーム内のすき間に頭が入った状態で発見された。現在、原因を調査中。	兵庫県	製品に起因した事故 事業者名： パラマウントベッド株式会社 機種・型式： KA－089	事故原因は、当該製品のアーム内には頭部を横にすれば入り込めるほどのすき間があった。スイングアームが90度に開いた状態で固定されており、どのような経緯で入り込んだか不明であるが、頭部がすき間に入り込み、抜けなくなったものと考えられる。平成13年10月から当該製品のすき間を埋めるためのT字型の簡易部品を無償で配布していたが、事故発生時、当該病院には配布されていなかった。 スイングアーム内のすき間への頭部の入り込みを防止する安全対策として、すき間を埋めるT字型の簡易部品（樹脂製）が、事業者により無償で供給されており、同様なスイングアームをご使用されている場合は、事業者に連絡し、同部品を取り寄せ、必ず使用すること。
14	A200800235	H20.5.22	介護ベッド用手すり	1	0	使用者が、当該製品のベッドサイドレールの間に首が挟まった状態で発見され、数日後に死亡した。	兵庫県	製品に起因しないもの	調査の結果、 ○当該製品の分割されたサイドレール間の寸法は70mmであった。（JIS改正前の商品、当時のJISは60mm以下） ○レンタル事業者は当該製品のすき間を塞ぐ部品を取り付けた状態で納品をしていた。 ○事故当時、当該製品の設置時に取り付けられていたすき間防止用部品はずれた位置にあった。 ●上記のことから、製品に起因しない事故と判断される。原因は、当該製品のすき間防止用部品が動かされてずれていたため、すき間に首が入り込んで圧迫され事故に至ったものと推定される。なお、レンタル事業者は当該製品の納入時にすき間防止用部品を設置して使用者などに注意喚起を行っていた。
15	A200800241	H20.3.10	介護ベッド用手すり	0	1	頭側に設置してあった当該製品の縦桟と縦桟の間に片足が引っかかり、仰向けになった上半身が床に落ちている状態で発見された。	兵庫県	製品に起因しないもの	調査の結果、使用者がベッドの上に乗ったままシーツを直していた際に、誤って縦桟と縦桟の間に片足が入ってしまい、手すりが装着されていなかった足側から滑り落ちたものと判断した。
16	A200800396	H19.12	介護ベッド用手すり	1	0	施設のベッドに設置した当該製品の下側の横桟に顎が引っかかった状態で発見された。	鹿児島県	製品に起因しないもの	調査の結果、当該製品に破損、ゆがみ、異常は見られず、ベットからずり落ちた際に、当該製品の横桟とマットレスのすき間に入り、下側の横桟に顎が引っかかったものと判断した。なお、事業者はベッドの柵のすき間に関する危険性について、医療・介護施設に対して注意喚起を行っている。

	管理番号	事故発生日	製品名	死亡	重傷	事故内容	都道府県	原因究明結果 （原因不明及び製品に起因した事故の場合は、事業者名及び機種・型式を記載）	原因究明調査結果
17	A200800562	H20.8.25	介護ベッド用手すり	0	1	施設で、使用者が当該製品と電動ベッドに挟まれて腕を骨折した。	福岡県	製品に起因しないもの	調査の結果、ベッドに横になりながら当該製品のすき間に腕を入れて、電動ベッドのスイッチを操作したため、当該製品と電動ベッドの背ボトムに腕を挟まれたものと判断した。
18	A200800612	H20.8.24	介護ベッド用手すり	0	1	ベッドの外側に体がある状態で、当該製品のベッド内側とマットレスの端のすき間に右腕が入り込み重傷を負った。	大阪府	製品に起因しないもの	調査の結果、 ○当該製品にぐらつき、変形等構造上の問題は認められなかった。 ●使用者（要介護者）がポータブルトイレから戻った際に、マットレスとサイドレールとの間に右腕が挟まり、自力で動くことができず腕が麻痺したものと推定。なお、当該製品とマットレスのすき間は約35mmで、JIS T 9254（在宅用電動介護用ベッド）のサイドレールの基準値を満たしていた。また、当該製品に使用されていたサイドレールは手すり（介助バー）と併用を意図したタイプのものであったが、使用者の意図によりサイドレールが2本並べて設置されており、両方のすき間（約530mm）をふさぐ補助具（約60mm）を取り付けることはできない状態にあった。
19	A200800837	H20.11.8	介護ベッド用手すり	1	0	施設で、当該製品の固定レバー部に衣服の襟が引っかかっり、窒息状態となり、その後入院先で死亡した。	大阪府	製品に起因しないもの	調査の結果、当該製品の固定レバー部は、他の製品に比較して、衣服等が引っかかり易いものとは認められなかった。使用者が、ベッドの端でかがみ、ベッドの下にあるものを拾おうとした際にベッドから逆さに転落し、襟をかけてしまったものと判断した。
20	A200800948	H20.11.4	介護ベッド用手すり	0	1	当該製品を使って立ち上がろうとした際に、スイングアーム部の固定ロックが掛かっていなかったため、転倒して骨折した。現在、原因を調査中。	福井県	調査中	※調査中
21	A200800956	H20.11.29	介護ベッド用手すり	0	1	施設で、当該製品の内部のすきまと電動ベッドの背ボトムの間に右腕が挟まれた状態で発見された。	東京都	製品に起因しないもの	調査の結果、ベッドに横になりながら当該製品の桟の間に腕を入れたまま、電動ベッドのスイッチを操作したと判断した。
22	A200801143	H21.1.14	介護ベッド用手すり	0	1	アームが開いた状態で固定された当該製品の本体フレームの内部のすき間にスイングアーム越しに左腕が入り込んだ状態で発見された。左腕は骨折していた。	東京都	製品に起因しないもの	調査の結果、当該製品のスイングアーム部の動作及びロック機構に不具合は認められなかった。使用者が誤ってスイングアーム越しに腕をフレーム内部のすき間に入れたものと判断した。
23	A200801151	H21.1.6	介護ベッド用手すり	0	1	寝ている際に、当該製品のサイドレール横のすき間に腕が入り、起きた時に、腕を抜くことが出来ずに骨折した。	東京都	製品に起因しないもの	調査の結果、就寝中に左腕を当該製品の横桟の間に入れてしまい、目が覚めた際に左腕が動かないことに驚き、慌てて引き抜こうとした際に手首をひねってしまったものと判断した。
24	A200801170	H21.1.17	介護ベッド用手すり	0	1	2本並べて設置された当該製品のすき間に首が乗った、うつぶせの状態で発見された。	岡山県	製品に起因しないもの	調査の結果、当該2本の製品のすき間に首が入ったものではなく、すき間の上に首が乗った状態であった。使用者が病気を発症し、このような状態になったものと判断した。
25	A200801269	H21.2.4	介護ベッド用手すり	0	1	ベッドの内側から当該製品上部のすき間に足が挟まり、頭が床についた状態で発見された。足を骨折する重傷を負った。	山口県	製品に起因しないもの	当該製品に変形などの異常は認められなかった。使用者がサイドレールを跨ごうとして、右足が当該製品の上部横桟のすき間に挟まった状態でベッドの外側に倒れたものと判断した。
26	A200801270	H20.12.6	介護ベッド用手すり	0	1	当該製品を使用して立ち上がろうとしたところ、ロックされていたスイングアームのロックが解除され、アームが動き、転倒し重傷を負った。	兵庫県	製品に起因した事故 事業者名： パラマウントベッド株式会社 機種・型式： KA－095	事故原因は、スイングアームのロック機構が摩耗したことにより、スイングアームに掴まって立ち上がろうとした際に固定していたロックが解除されてしまったものと考えられる。
27	A200801378	H21.3.4	介護ベッド用手すり	0	1	ベッド脇の床に座り込み、左腕を当該製品に入れ、ねじれた状態（骨折）で発見された。	和歌山県	製品に起因しないもの	調査の結果、当該製品のスイングアーム部の動作及びロック機構に異常は認められなかった。使用者がスイングアームのロックを解除した際にスイングアームが動き、誤って腕が挟まったものと判断した。

	管理番号	事故発生日	製品名	死亡	重傷	事故内容	都道府県	原因究明結果 （原因不明及び製品に起因した事故の場合は、事業者名及び機種・型式を記載）	原因究明調査結果
28	A200900192	H21.6.1	介護ベッド用手すり	0	1	開いた状態で固定された当該製品に腕を絡ませ重傷を負った。	福岡県	製品に起因しないもの	調査の結果、事故品の各部に異常は認められなかった。 使用者がベッドの脇で床に転倒し、スイングアームに手を掛けて起きあがろうとした際、開いた状態で固定されていた本体上部パイプとスイングアーム上部パイプの間に手首付近を入れ起き上がろうとしたが起き上がれず、倒れ込んで手首付近に無理な力が加わったものと判断した。
29	A200900202	H21.4.15	介護ベッド用手すり	1	0	ベッドの片側に2本設置されていた当該製品の間に、仰向けで首がある状態で発見され、翌日、死亡した。	三重県	製品に起因しないもの	調査の結果、2本設置されていた当該製品の間に首が入り込んだものであるが、当該事故防止のために無償提供されていた挟み込み防止部品（スペーサー）を使用していなかった施設の管理上の問題と判断した。 なお、医療・介護ベッド安全普及協議会で作成されたマニュアル等で介護の際における注意として、手すりの間のすき間を無くすように当該スペーサーの使用について推奨するとともに、無償で配布されている。介護上、取り外しが可能なものであるため、取り外した後は忘れずに再度使用することも重要である。さらに、同様の事故を防止するためには、利用者に対して、広く注意喚起すべきである。
30	A200900328	6月14日	介護ベッド用手すり	1	0	施設で、当該製品を他社製ベッド（特注品）に設置して使用していたところ、当該製品とベッドの頭側柵部分の間に首が挟まった状態で発見され、数日後に死亡した。	神奈川県	製品に起因しないもの	調査の結果、当該製品は、適合する介護ベッドと組み合わせて使用した場合に問題となるすき間は生じないものであった。 当該製品が特注の一般用木製ベッドに取り付けられたため、ベッドの柵部文との間に首が沈み込む可能性のあるすき間が生じたものと判断した。 なお、取扱説明書に、適合する介護ベッドが記載されており、適合品以外の製品と組み合わせないよう注意記載がなされていた。
31	A200900397	H21.8.6	介護ベッド用手すり	0	1	当該製品の内部のすき間に左足が入った状態で発見され、脊椎が圧迫骨折していた。	山口県	製品に起因しないもの	調査の結果、 ○当該製品にぐらつき、変形は認められなかった。 ○当該製品の設計図から、JIS（JIS T 9205病院用ベッド、JIS T 9254在宅用電動介護用ベッド）の基準値を満足していた。 ●当該製品は事故に関係していないものと推定。
32	A200900755	H21.10.27	介護ベッド用手すり	0	1	当該製品のベッドと手すりのすき間に、右腕の肘が深く入り込んだ状態で発見された。なお、事故品の手すりは中央側と端側が逆に設置されていた。	東京都	製品に起因しないもの	調査の結果、 ○当該製品にぐらつき、変形は認められなかった。 ○当該製品の設計図から、JIS（JIS T 9254在宅用電動介護用ベッド）の基準値を満足していた。 ●使用者がベッドから降りようとして滑り落ち、偶発的に当該製品の外枠と縦桟の間に肘が入り込み事故に至ったものと推定され、当該製品は事故に関係していないものと推定。
33	A200900866	H21.11.18	介護ベッド用手すり	0	1	当該製品のすき間に足が挟まったまま、床に仰向けになった状態で発見され、重傷を負った。現在、原因を調査中。	神奈川県	調査中	※調査中
34	A200901171	H22.3.10	介護ベッド用手すり	1	0	介護ベッドの背を上げ、利用者を長座位の状態にして、その場を離れ、戻ったところ、当該製品に寄りかかる状態で死亡しているのが発見された。現在、原因を調査中。	兵庫県	調査中	※調査中
35	A201000189	H22.5.23	介護ベッド用手すり	1	0	介護ベッドのフットボード（足側のついたて）と当該製品の間に首が挟まれている状態で発見され、死亡が確認された。現在、原因を調査中。	千葉県	調査中	※調査中

	管理番号	事故発生日	製品名	死亡	重傷	事故内容	都道府県	原因究明結果 （原因不明及び製品に起因した事故の場合は、事業者名及び機種・型式を記載）	原因究明調査結果
36	A201000372	H22.7.21	介護ベッド用手すり	0	1	当該製品のすき間に上腕部が挟まった状態で、床に転落している利用者が発見された。利用者は腕を負傷していた。現在、原因を調査中。	愛知県	調査中	※調査中
37	A201000531	H22.9.6	介護ベッド用手すり	0	1	施設で当該製品の外側に開いたグリップの内側に利用者の頭が入った状態で発見され、骨折と診断された。 事故の原因については現在、調査中であるが、当該製品は、平成4年から平成12年までの間に、パラマウントベッド株式会社が製造したもので、グリップ部には縦が約15cm、横が約34cmのすき間がある構造であった。そのため、同社は不意の動作により頭や手足がすき間に入り込むことを防止するため、平成13年10月から当該製品のすき間を埋めるためのT字型の簡易部品を無償で配布していた。製造事業者は無償配布の案内を当該施設に対して度々行っていたが、施設では簡易部品の入手を行っていなかった。 なお、当該製品は、製造・出荷時の日本工業規格（JIS）に適合している。	神奈川県	調査中 事業者名： パラマウントベッド株式会社 機種・型式： KA－089 当該事故は、製品起因か否かが特定できていないものであるが、同種事故の再発防止の観点から、当該製品の使用者・所有者・管理者に向けて事故の危険性を周知し、簡易部品の装着・使用を着実に促すため事業者名及び機種・型式を公表するもの。	※調査中

（参考）

平成２２年１０月１日

消　　費　　者　　庁

公表資料の一部修正について

１０月１日に配布しました「介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る注意喚起について」を別紙のとおり訂正し、訂正版を配布します。

【担当】：　消費者庁消費者安全課（製品事故情報担当　直通：03-3507-9204）
（補佐）中嶋　誠
（係長）服部　嘉博

（参考）

「介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る注意喚起について」

訂正前	訂正後
＜別添＞ 事務連絡 平成22年10月1日 各都道府県・政令指定都市消費者行政担当課殿 独立行政法人国民生活センター・各消費生活センター殿 パラマウントベッド株式会社が製造した介護ベッド用手すりでは、手すりのすき間に頭や首、手足など挟む事故等が、消費生活用製品安全法の重大製品事故報告・公表制度の施行（平成19年5月）から、これまでに7件（死亡1件、重傷6件(うち、本件事故と同様な内容の重傷事故1件を含む。)）発生しています。	＜別添＞ 事務連絡 平成22年10月1日 各都道府県・政令指定都市消費者行政担当課殿 独立行政法人国民生活センター・各消費生活センター殿 パラマウントベッド株式会社が製造した介護ベッド用手すりでは、手すりのすき間に頭や首、手足など挟む事故等が、消費生活用製品安全法の重大製品事故報告・公表制度の施行（平成19年5月）から、これまでに7件（死亡2件、重傷5件(うち、本件事故と同様な内容の重傷事故1件を含む。)）発生しています。
記 介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足 などを挟む事故等に係る注意喚起について 1．事故事象及び再発防止策について パラマウントベッド株式会社が製造した介護ベッド用手すりでは、手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等が、消費生活用製品安全法の重大製品事故報告・公表制度の施行（平成19年5月）から、これまでに7件（死亡1件、重傷6件(うち、本件事故と同様な内容の重傷事故1件を含む。)）発生しています。また、同社以外の製品を含む介護ベッド用手すり全体では、手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等が、これまでに計37件（死亡15件、重傷22件）発生しています。	記 介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足 などを挟む事故等に係る注意喚起について 1．事故事象及び再発防止策について パラマウントベッド株式会社が製造した介護ベッド用手すりでは、手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等が、消費生活用製品安全法の重大製品事故報告・公表制度の施行（平成19年5月）から、これまでに7件（死亡2件、重傷5件(うち、本件事故と同様な内容の重傷事故1件を含む。)）発生しています。また、同社以外の製品を含む介護ベッド用手すり全体では、手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等が、これまでに計37件（死亡15件、重傷22件）発生しています。

（参考）

News Release

平成２２年１０月１日

消　費　者　庁

介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る注意喚起について

本年９月６日に、介護ベッド用手すりで外側に開いたグリップの内側に利用者の頭が入り、重傷を負う事故が発生しました。

事故の原因については現在、調査中ですが、当該製品は、平成４年から平成１２年までの間に、パラマウントベッド株式会社が製造したもので、グリップ部には縦が約１５ｃｍ、横が約３４ｃｍのすき間がある構造でした。

そのため、同社は不意の動作により頭や首、手足がすき間に入り込むことを防止するため、平成１３年１０月から当該製品のすき間を埋めるためのＴ字型の簡易部品を無償で配布していました。

しかしながら、事故が発生した施設では、同社からの数度の連絡及び直接の文書の手渡しにもかかわらず、すき間を埋めるための簡易部品の入手をしていませんでした。

パラマウントベッド株式会社が製造した介護ベッド用手すりで

（参考）

は、手すりのすき間に頭や首、手足など挟む事故等が、消費生活用製品安全法の重大製品事故報告・公表制度の施行（平成１９年５月）から、これまでに７件（死亡２件、重傷５件（うち、本件事故と同様な内容の重傷事故１件を含む。））発生しています。

また、同社以外の製品を含む介護ベッド用手すり全体では、手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等が、これまでに計３７件（死亡１５件、重傷２２件）発生しています。

消費者庁としては、同種事故の発生防止を図る観点から、介護ベッド用手すりの使用に係る注意点について、各都道府県及び政令指定都市の消費者担当部局並びに独立行政法人国民生活センター及び各消費生活センターに対し、消費者への周知及び注意喚起を行うよう、別添のとおり通知しましたのでお知らせします。

（本発表資料の問合せ先）
消費者庁消費者安全課　　担当：中嶋、服部
電話：03-3507-8800（大代表）　内線2266